

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N^o

283

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

ÉLIE ALAYRANGUES

Né le 17 Août 1895 à Siran (Cantal)

Syndactylie

PAR

Brides amniotiques

Président de thèse : M. le Professeur BROCA

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—
1924

830

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1924

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

ÉLIE ALAYRANGUES

Né le 17 Août 1895 à Siran (Cantal)

Syndactylie

PAR

Brides amniotiques

Président de thèse : M. le Professeur BROCA

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—
1924

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA (Auguste)
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ¹ .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgic ¹ .
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
GADENAT.....	Pathologie chirurgic ¹ .
HAMPY.....	Histologie.
HIRAY.....	Pathologie médicale.
LERC.....	Pathologie médicale.
EBRÉ.....	Hygiène.
de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
SCALLE.....	Obstétrique.
FISSINGER.....	Pathologie médicale
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER...	Urologie.
HOVELACQUE....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ¹ .
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ¹ .
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ¹ .
MONDOR.....	Pathologie chirurgic ¹ .
MOURE.....	Pathologie chirurgic ¹ .
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHT Fils.....	Physiologie.
ROUVIÈRE.....	Anatomie.
STROHL.....	Physique médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmoilogie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique

MM.

RETTERRER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale in-fantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.
LÉRJ.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmologie
LÆPER.....	Clinique médicale.		

V. CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

Tombé au Champ d'Honneur

A MON PERE, A MA MERE

Faible témoignage de reconnaissance et
de profonde affection.

A MES FRERES ET SŒURS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCA

Professeur de Clinique chirurgicale infantile

à la Faculté de Paris;

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades;

Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a témoigné sa bienveillance en nous donnant les éléments de cette thèse et qui nous honore en acceptant de la présider.

En témoignage de ma reconnaissance.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN
Médecin de l'Hôpital des Enfants Assistés;

MONSIEUR LE DOCTEUR M. GARNIER
Médecin de l'Hôpital Lariboisière ;

MONSIEUR LE DOCTEUR F. RAMOND
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine;

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY
Chirurgien de l'Hôpital Cochin;

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE
Accoucheur à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière.

SYNDACTYLIE PAR BRIDES AMNIOTIQUES

« Quelquefois les doigts sont unis ensemble
« et autrefois bien peu séparés l'un de l'autre ;
« ce qui advient naturellement, dès le ventre
« de la mère, par vice de la vertu formatrice,
« par accident, comme à cause d'une plaie ou
« le plus souvent d'une brûlure. »

Ambroise PARÉ.

C'est en 1832 que pour la première fois l'importance des strictions par brides amniotiques a été mise en évidence par Montgomery, spécialement pour l'étude des amputations congénitales, de leurs relations avec les sillons congénitaux.

Nous n'avons pas l'intention, dans cette courte thèse, d'entrer dans tous les détails relatifs à ce sujet, ni même de décrire toutes les conséquences de ces brides; nous voulons limiter notre étude aux conséquences que peut avoir la striction par brides au niveau des doigts et des orteils. L'étude d'ensemble est d'ailleurs faite dans des mémoires récents que P. Grisel et A. Bassetta ont publiés en 1903 et en 1906 dans la *Revue d'Orthopédie*. D'autre part, M. Broca vient de confier à notre camarade Portnia-

ghine le soin de publier, avec quelques commentaires, des dessins relatifs aux strictions annulaires par brides au niveau des membres inférieurs.

C'est en effet au niveau de ces membres inférieurs qu'on observe la grande majorité de ces sillons, en proportion de 26 contre 1, nous dit Grisel; ils s'accompagnent presque toujours de lésions des doigts et des orteils, et nous avons pour but de montrer seulement sous quelle forme se présentent ces lésions des doigts. Aussi croyons-nous que l'examen des dessins que nous publions peut présenter quelque intérêt.

C'est à cet examen que se réduit l'observation des enfants dans les cas de ce genre. Pas plus chez nos malades que chez ceux dont nous avons pu lire l'histoire, il n'y a dans l'observation de renseignements pathologiques intéressants. On en est réduit aux hypothèses, la plupart du temps, pour expliquer la genèse de ces brides et adhérences; car si Dareste a pu en produire expérimentalement, par actions mécaniques diverses sur les œufs en incubation, par l'interrogatoire des parents, par l'étude de la grossesse, par la recherche des antécédents pathologiques divers, on n'arrive presque jamais à des conclusions de quelque netteté.

Lorsqu'une bride amniotique serre un membre par son extrémité digitale, deux conséquences sont possibles : l'amputation d'une ou plusieurs de ses extrémités, leur accolement terminal en un cône plus ou moins irrégulier.

L'amputation ne porte presque jamais que sur

la dernière phalange, avec ou sans partie de la deuxième; elle est rarement totale. La plupart du temps elle s'accompagne d'une fusion terminale qui peut porter sur un nombre variable de doigts.

Au membre inférieur, il est habituel que le gros orteil soit pris dans la striction avec les autres doigts, tandis qu'à la main le pouce est, la plupart du temps, respecté par cette striction, ce que l'on comprend bien si on se souvient que chez le fœtus le pouce est, en position normale, en flexion et adduction dans la paume de la main.

Nous ne parlerons pas ici de l'amputation des doigts restant isolés, mais des cas où la striction réunit, soude par leur extrémité les doigts.

Cette union constitue une *syndactylie*. Mais le point pratiquement important est de montrer la différence qu'il y a entre cette soudure secondaire, de nature à vrai dire traumatique, et la syndactylie vraie par vice de développement.

La syndactylie par vice de développement est due à l'accolement de deux ou plusieurs doigts sous un tégument commun, la membrane unissante ayant une hauteur et une largeur fort variables : le cas le plus simple est celui d'une palmure membraneuse, de hauteur variable; le cas le plus complexe est celui où les deux doigts sont accolés, presque sans intervalle, dans une gaine cutanée commune.

Mais dans un cas comme dans l'autre, la hauteur d'accolement étant variable, cet accolement occupe toujours la commissure, la partie libre des doigts inté-

ressés étant leur extrémité distale. Cette disposition est chirurgicalement fort importante, car la difficulté opératoire est de refaire une commissure, ce qui nécessite une opération autoplastique, assez délicate, sans laquelle la récurrence est à peu près obligatoire, la coalescence des deux doigts se reproduisant par le mécanisme de la cicatrisation angulaire des plaies.

Il en est tout autrement dans le cas qui nous occupe : les doigts sont serrés par leurs extrémités, les commissures restant libres, et on s'en rend très facilement compte en constatant qu'entre leurs extrémités commissurales il reste un pertuis plus ou moins large revêtu de peau. C'est même assez souvent une fente assez large; en tout cas c'est un petit canal, marqué par deux dépressions, une dorsale et une palmaire, entre lesquelles on peut faire passer un stylet ou, dans les cas plus accentués, au moins une soie de sanglier.

Même à ce dernier degré, ce très mince canal est d'importance réelle : car si on fend de haut en bas l'adhérence située au-dessous de lui, quelle que soit l'étendue de la soudure, il reste au moins entre la paume et la face dorsale une languette de peau ; et quelle que soit sa minceur, cette languette met obstacle à la rétraction par cicatrisation angulaire, en sorte que la commissure reste formée, que par conséquent les doigts restent indépendants l'un de l'autre.

De là résulte aussi que l'opération est d'une très grande facilité ; qu'elle n'expose à aucune perte de sang, car il n'y a dans l'adhérence aucun vaisseau de

quelque importance; il n'y a d'artère que derrière la commissure, entre les têtes métacarpo-phalangiennes, et on n'incise pas cette région. Enfin, il n'y a pas d'autoplastie, pas de sutures à faire. De tout cela il résulte que l'on peut opérer les enfants de quelques mois, ou même de quelques semaines seulement, sans les endormir même la plupart du temps, pour couper un ou deux ponts au-dessous de la sonde cannelée.

Il est évident que ces doigts, dont le bout est amputé, restent courts; mais ils sont mobiles et fort utiles.

Nous signalerons l'état de leurs extrémités, au-dessous de la bride dont la striction les accole. Elles forment la plupart du temps une sorte de petite boule mamelonnée, où l'on voit des rudiments d'ongle, et que d'ailleurs il faut amputer. Par exception même, elle peut tomber spontanément : le petit sillon s'infecte légèrement, la petite boule rougit, gonfle puis tombe. Cette amputation secondaire est exceptionnelle, mais elle existe, et M. Broca nous a dit l'avoir observée une fois.

Elle ne démontre d'ailleurs aucunement, comme on a voulu le soutenir, qu'il s'agisse dès l'origine d'un processus inflammatoire, pathologique, et non mécanique. Jeannel (de Toulouse), avec Guyot, avec Fontan, a voulu comparer le processus à celui d'une maladie bizarre observée chez les nègres, l'aïnhum, où l'on voit un sillon inflammatoire aboutir à la chute du petit orteil.

A un degré moindre, sans sillon très profond, sans

amputation, il est à peu près constant que les autres doigts, ceux qui ne sont pas pris dans la syndactylie, présentent des sillons circulaires, la plupart du temps à la phalangette. Dans d'autres cas, il y a syndactylie d'un seul côté et sillon seulement du côté opposé.

Dans tous ces cas, il y a des lésions analogues au pied, mais la plupart du temps avec peu de syndactylie; l'amputation de plusieurs phalangettes y est le fait dominant.

CONCLUSIONS

1° Les brides amniotiques, serrant circulairement les extrémités de deux ou plusieurs doigts, causent une syndactylie terminale.

2° Le pouce est presque toujours en dehors de cette adhérence, ce qui est dû à sa position fœtale, en flexion dans la paume.

3° Cette syndactylie terminale est tout à fait différente de la syndactylie par vice de développement, car en l'opérant on n'a pas à refaire une commissure.

4° Les doigts non pris dans la syndactylie présentent presque toujours, en nombre variable, des sillons et amputations par brides.

VU Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
BROCA.

VU et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL.

VU :
Le Doyen,
ROGER.

Imprimerie spéciale de la Librairie Marcel Vigné
13, rue de l'École de Médecine, Paris.



FIG. 1 à 4. — Fille de 6 mois ; antécédents personnels et héréditaires nuls. Sillons multiples base des doigts de la main droite. Cas exceptionnel de syndactylie pouce et index, à gauche on voit nettement le pertuis commissural aux trois doigts soudés et partiellement amputés.

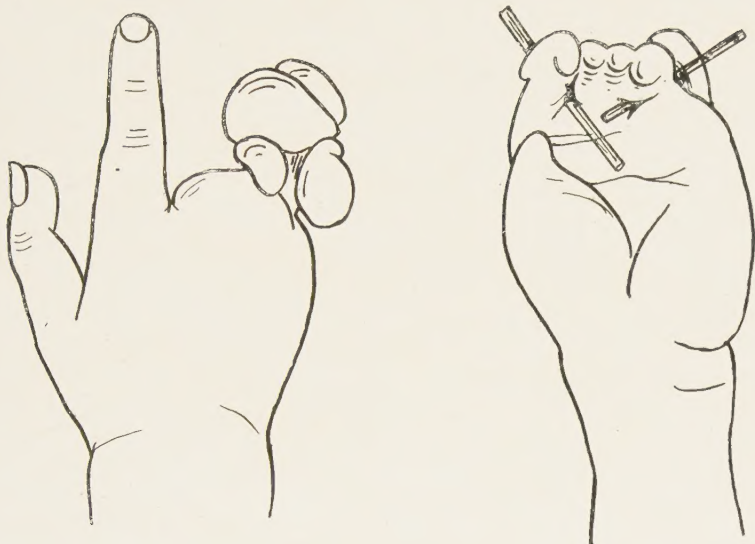


FIG. 5 et 6. — Garçon. A droite striction à la base des trois derniers doigts, amputation presque complète d'une petite masse informe. A gauche tous les doigts sont pris et le bout du pouce est amputé. Stylets montrant les pertuis commissuraux.

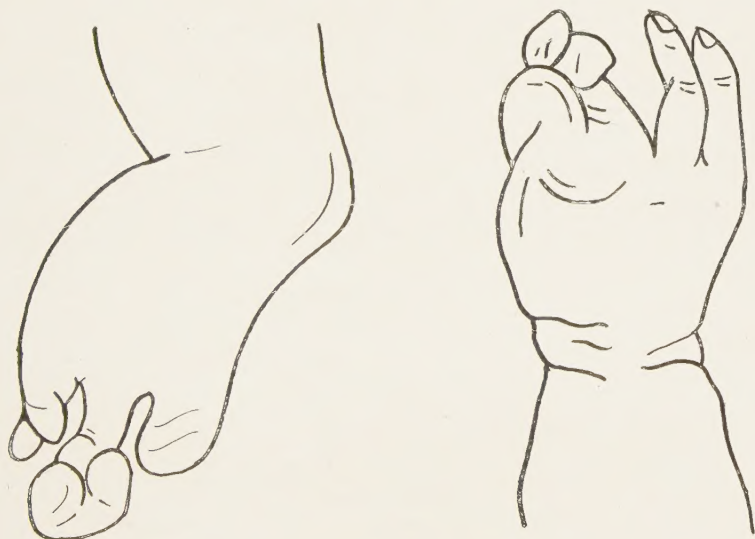


FIG. 7 et 8. — Pied droit et main droite d'un garçon de un mois. Syndactylie des 2^e et 3^e orteils ; amputation partielle des trois autres. Syndactylie du pouce (cas rare) et des deux premiers doigts.

